附件1

大渡口区经济困难的失能老年人养老服务补贴发放花名册（ 年度）

填报镇（街）：（盖章） 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份类别 | 重病失能 | | 重残失能 | | | 身份证号码 | 开户行、社保卡号 （银行卡号） | 发放 金额（元） | 联系电话 | 备注 |
| 瘫痪卧床原因 | 瘫痪卧床时间 | 残疾  类别 | 残疾 等级 | 残疾人证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：1. 身份类别：城市低保对象、农村低保对象、城市“三无”人员、农村五保对象；

2. 残疾类别：肢体、智力、精神、视力；残疾等级：一、二级。